Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 40 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor. 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal.

Rok LVII. Kraków, 2. listopada 1918. Nr. 44.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki chorób nerwowych i umysłowych Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

Przyczynek do badań nad dziedzicznością homologiczną w przypadkach depresyi peryodycznej i manii peryodycznej.

(Doniesienie tymczasowe.*)

Podał

Prof. Jan Piltz.

Przy zbieraniu wywiadów w przypadkach peryodycznej depresyi i peryodycznej manii — postaci psychozy maniakalno-depresyjnej — bardzo często podają sami chorzy lub ich krewni, że poszczególne stany depresyi lub manii występowały u nich albo bezpośrednio po doznanych wstrząsach moralnych albo w jakiś czas po nich.

Szczegółowe i przedmiotowe — bez suggestyonowania chorych, ich krewnych i siebie samego — zbieranie tych wywiadów i długoletnia obserwacya znacznej liczby tych przypadków chorobowych przekonały mnie, że występowanie tych poszczególnych stanów depresyi lub manii nie stoi w przyczynowym związku z przebytymi wstrząsami moralnymi, że najczęściej pomimo ciężkich przejść moralnych depresya lub mania się nie pojawia, albo że pomimo tego, iż chorzy ci żyją przez dłuższy czas w zupełnej równowadze moralnej i żadnych poważniejszych wzruszeń nie przeszli, zapadają spontanicznie na depresyę lub manię.

Z drugiej strony odnośnie do ewentualnego dziedzicznego obarczenia zboczeniami albo chorobami umysłowemi, przekonałem się, że w przeważającej większości tych przypadków rodzice, dziadkowie lub krewni tych chorych cierpieli na zupełnie identyczną postać psychopatologiczną, a mianowicie na peryodyczną depresyę lub manię**), na co już i inni autorowie zwracali uwagę.

Doświadczenie pouczyło mnie oprócz tego, że istnieje pewna fylogenetyczna patobiologiczna tendencya w tym kierunku, ażeby poszczególne okresy depresyi czy też manii u jednego i tego samego chorego (przynajmniej w pewnych dłuższych okresach jego życia) albo u kilku członków tej samej rodziny, cierpiących na peryodyczną depresyę lub manię, trwały mniej więcej tak samo długo, jak poprzednie.

Wreszcie zrobiłem spostrzeżenie, że w dość znacznej liczbie tych przypadków pierwszy »napad« depresyi lub manii występuje zazwyczaj u poszczególnych członków jednej i tej samej rodziny (oczywiście u tych, którzy na peryodyczną depresyę lub manię zapadają) mniej więcej w jednym i tym samym okresie ontogenetycznego czyli indywidualno-jednostkowego rozwoju, tak że n. p. pierwszy stan depresyjny występuje u dziadka, matki, u samegoż chorego i u jego siostry — mniej więcej około 20. roku życia.

Skłonność laików, ale często także i lekarzy, do upatrywania związku przyczynowego pomiędzy stanami depresyi czy też manii, a przebytymi wstrząsami moralnymi, wynika z jednej strony z wewnętrznej potrzeby szukania w każdym przypadku przyczyny powstania choroby, z drugiej strony jednak z powierzchownego rozumowania, niezdolności do głębszego zastanawiania się nad zjawiskami przyrody, braku przyrodniczego wykształcenia, w szczególności zaś z powodu braku znajomości nauki o dziedziczności.

Historye chorób odnośnych przypadków chorobowych podam w je-dnej z następnych publikacyi. Tymczasem pozwalam sobie na powyższe spostrzeżenia tylko krótko zwrócić uwagę dlatego, że przedstawiają one nietylko pewien interes naukowy, ale mają także duże znaczenie dla praktyki lekarskiej.

*) Według odczytu, wygłoszonego w maju 1914 r. w Towarzystwie neurologów i psychiatrów w Krakowie.

**) Obok peryodycznej depresyi lub innych postaci psychozy maniakalno-depresyjnej w tych rodzinach spotykamy nieraz w różnych pokoleniach oczywiście także i inne postacie chorób umysłowych albo nerwowych.

Z kliniki okulistycznej Uniw. Jagiel. w Krakowie (Dyrektor Prof. Dr K. Majewski).

Przyczynek do klinicznych objawów oderwania ciałka rzęskowego

podał

Dr Z. Żołędziowski, asystent kliniki

Oderwanie naczyniówki w przeciwstawieniu do oderwania siatkówki jest schorzeniem stosunkowo rzadkiem; w ostatnich latach mnożą się opisy przypadków oderwania naczyniówki.

Przyczyny powstania oderwania naczyniówki mogą być następujące: 1. Nowotwory naczyniówki. 2. Urazy, względnie operacye śródgałkowe. 3. Grupę trzecią tworzą przypadki o nieznanej etyologii, które Meller w swej pracy objął nazwą samorodnych.

Bezwzględną większość oderwań urazowych stanowią oderwania pooperacyjne, które Meller dzieli na wczesne i późne.

Dokładne badania oderwań pooperacyjnych naczyniówki, względnie jej części, t. j. ciałka rzęskowego, zawdzięczamy w pierwszym rzędzie Fuchsowi i Mellerowi. Wnioski, jakie Fuchs wysnuwa, opierają się na jego własnych badaniach klinicznych oraz anatomopatologicznych, jakoteż szczupłem zresztą piśmiennictwie. Za główną cechę dyagnostyczną w odróżnieniu od oderwania siatkówki uważa on płytkość przedniej komory, która jest następstwem czynnego przesunięcia ku przodowi ciałka szklistego. To przesunięcie ciałka szklistego nie może być tłomaczone zwiększeniem jego objętości, gdyż wówczas, wywierając większy ucisk na naczyniówkę, przeciwdziałałoby jej oderwaniu; przeciw temu również przemawia miękkość gałki ocznej, jeden z głównych objawów klinicznych oderwania naczyniówki. Zdaniem Fuchsa mamy do czynienia nie ze zwiększeniem ilości cieczy, lecz z przemieszczeniem cieczy wodnej z przedniej komory do przestrzeni pozanaczyniówkowej; to zaś jedynie jest możliwe w razie istnienia przerwy w miejscu przyczepu ciałka rzęskowego, dzięki czemu powstaje komunikacya między przednią komorą, a przestrzenią pozanaczyniówkową; przerwa taka łatwo powstać może podczas operacyi zaćmy. Ciecz wodna, dostawszy

się do tej przestrzeni, wypycha w obręb ciałka szklistego naczyniówkę. Zrozumiałem jest, że może to nastąpić tylko wtedy, gdy ciśnienie cieczy wodnej jest wyższe od ciśnienia, panującego w ciałku szklistem.

Obniżenie ciśnienia wewnątrzgałkowego tłomaczy Fuchs łatwym bardzo odpływem cieczy z przestrzeni pozanaczyniówkowej poprzez wiotką tkankę nadnaczyniówkową do przestrzeni Tenona; przyczynia się do tego w niektórych przypadkach utrata ciałka szklistego podczas zabiegu operacyjnego. Fuchs zaznacza, że tłomaczenie to nie wyjaśnia przypadków, gdzie oderwanie naczyniówki występuje bezpośrednio po zabiegu operacyjnym, lecz w jakiś czas później. Być może, że w tych przypadkach przerwa w miejscu przyczepu ciałka rzęskowego bezpośrednio po operacyi może zostać zamknięta przez skrzep krwi, względnie obrzęk tkanki, spowodowany urazem; potem po wessaniu skrzepów, względnie po ustąpieniu obrzęku tkanki, przez przerwę, położoną w nasadzie ciałka rzęskowego, ciecz wodna łatwo może się przesączać w przestrzeń nadnaczyniówkową.

Zdaniem Mellera czynniki powodujące oderwanie naczyniówki są następujące:

1. Zmniejszenie ciśnienia wewnątrzgałkowego. Jest ono spowodowane utratą ciałka szklistego oraz zwiększeniem tylnej komory przez przesunięcie ku przodowi tęczówki oraz soczewki wskutek nagłego odpływu cieczy wodnej z przedniej komory.

2. Wzmożona sztywność i niepodatność twardówki. Tem się tłomaczy występowanie oderwania naczyniówki prawie wyłącznie po operacyi zaćmy twardej, dokonywanej zwykle u ludzi starszych, a więc po operacyi, podczas której przeprowadza się cięcie płatowe (extractio lobaris), w przeciwstawieniu do cięcia linijnego grotem przy operacyi zaćmy miękkiej (extractio linearis simplex), dokonywanej wyłącznie u ludzi młodych, posiadających twardówkę bardziej elastyczną. Podobnież i irydektomie przy jaskrze, która pociąga za sobą znaczne upośledzenie sprężystości twardówki, stanowią ogromną większość przypadków irydektomii z następowem oderwaniem naczyniówki.

3. Prawidłowe połączenie naczyniówki z siatkówką. Wielokrotnie podnoszono, że przyczyny oderwania powinny przedewszystkiem prowadzić do oderwania siatkówki, która jedynie w okolicy tarczy nerwu wzrokowego i rąbka zębatego (ora serrata) jest ściśle złączona z naczyniówką i twardówką. Meller na podstawie badań Halbena stwierdza, że siatkówka i naczyniówka są ze sobą niejako sklejone wskutek ścisłego przylegania nabłonka barwikowego i warstwy czopków i pręcików. Jeżeli połączenie to zostanie przerwane (naprzykład przez wysiek pozasiatkówkowy), wówczas przyczyny, mogące wywołać oderwanie naczyniówki, przedewszystkiem wywołają oderwanie siatkówki.

4. Szybkość i rozmiary obniżenia ciśnienia wewnątrzgałkowego. Obniżenie to jest wzmożone przez płytkość przedniej komory i przenikanie wskutek tego do niej cieczy z ciałka szklistego; z drugiej strony ciecz wodna, ze wzmożoną siłą wydzielana przez wyrostki rzęskowe, dostaje się wprost do przestrzeni pozanaczyniówkowej i powstająca w ten sposób różnica ciśnienia między ciałkiem szklistem, a przestrzenią pozanaczyniówkową, wywołuje oderwanie naczyniówki; zamknięcie i wypełnienie przedniej komory sprowadza zaś wyrównanie tej różnicy i stopniowe ustępowanie oderwania. Zdaniem Mellera miękkość gałki ocznej spowodowana jest obecnością otworu, względnie rany, przez którą ciecz wodna wycieka i oderwanie naczyniówki trwa dopóty, dopóki oko pozostaje miękkie. Tłomaczenie to da się zastosować do późniejszych pooperacyjnych oderwań naczyniówki na skutek niedostatecznego zamknięcia lub pęknięcia rany i wyciekania cieczy wodnej z przedniej komory. Meller sądzi, że każda operacya zaćmy względnie irydektomia stwarza warunki dla oderwania naczyniówki, wskutek otwarcia przedniej komory, wypuszczenia cieczy wodnej i gwałtownego obniżenia ciśnienia wewnątrzgałkowego; jednak w większości wypadków szybkie sklejanie rany oraz wypełnienie przedniej komory zapobiegają oderwaniu. Dzięki temu, jak przypuszcza Meller, znaczna ilość oderwań małego stopnia ogranicza się do bezpośredniego sąsiedztwa ciała rzęskowego i wskutek niemożności stwierdzenia wziernikiem pozostaje nierozpoznana. Oderwania naczyniówki niewielkiego stopnia, względnie oderwania samego ciałka rzęskowego, często nie zostają rozpoznane klinicznie, dlatego, że przy pomocy wziernika możemy oglądać dno oka w najlepszym razie w odległości $8^1/_2$ mm. od rąbka (limbus). Fuchs, określając położenie oderwań naczyniówki, mówi, »że przeważnie jednak leżą daleko ku przodowi, jak gdyby dosięgały ciałka rzęskowego. Wyrostków rzęskowych wszakże nigdy na nich nie widziano«! Dotychczasowe kliniczne rozpoznania oderwania ciałka rzęskowego opierały się na płytkości przedniej komory, miękkości gałki ocznej i obrazie wziernikowym.

Ponieważ w klinice tutejszej zdarzył się przypadek, w którym klinicznie bezpośrednio stwierdzono napewno oderwanie ciałka rzęskowego, uważam ogłoszenie tego przypadku za ciekawe i wskazane.

K. J. żołnierz, lat 30. 22/7. 1917. Chory podaje, że przed trzema dniami wpadł mu do oka odprysk z kosy; oko to od tego czasu boli, ropieje i nic niem chory nie widzi; silny ból głowy.

Badanie wykazuje silne łzawienie, przekrwienie i znaczne obrzmienie spojówki gałki oraz powiek; w dolnej części rogówka jak gdyby nakłuta, cała jej powierzchnia rozlanie zaćmiona, ciecz wodna mętna, w przedniej komorze na dnie ropa (hypopion) na wysokość 3 mm. Dołem wewnątrz od brzegu rogówki ku środkowi przebiega linijka ranka, długości 3 mm., lekko naciekła; tęczówka przekrwiona. Lewe oko prawidłowe. Wzrok prawego oka obniżony do poczucia światła; wzrok lewego oka prawidłowy (6/6). Rozpoznano ranę rogówki i ropne zapalenie tęczówki.

Po tygodniowem leczeniu maścią atropinową i ciepłymi okładami stan prawego oka znacznie się polepszył: wydzielina ustąpiła, przekrwienie spojówki gałki i nastrzykanie rzęskowe znacznego jeszcze stopnia, rogówka przejrzysta, ropa z komórki przedniej znikła zupełnie, źrenica na 7 mm. rozwarta, powierzchnia soczewki rozlanie zaćmiona, z głębi soczewki pod przednią torebką przebija więcej wysycone szarawo białe zaćmienie około 2 mm. średnicy; w górnej części źrenicy czarny pas o szerokości około 1·5 mm. Wziernikiem odblasku wydobyć nie można. Chory okiem tem liczy palce w odległości $^1/_2$ m. Leczenie to samo.

5/8. Nastrzykanie rzęskowe dość znaczne, źrenica o średnicy 6 mm., tęczówka pokryta wysiękiem; na dnie przedniej komory ślad ropy, przednia komora głęboka, soczewka zaćmiewa się. Leczenie: Atropina 4 razy dziennie, wieczorem dionina, opaska spirytusowa. Roentgen i sideroskop dają wynik ujemny.

10/8. Ropa z komórki przedniej całkowicie ustąpiła. — 31/8. Nastrzykanie rzęskowe mniejsze, rogówka przeźroczysta. — 3/9. Obniżenie wzroku do poczucia światła, projekcya dobra z wyjątkiem od góry. Napięcie wśródgałkowe nieco obniżone (T—1/2). Soczewka niezupełnie jeszcze zaćmiona, odblasku z dna wydobyć nie można. — 12/8. Oko nie podrażnione. — 19/9. Oko blade, w szerokiej źrenicy prześwieca pęczniejąca soczewka. — 8/10. Soczewka całkowicie zaćmiona.

10/10. Dokonano operacyi zaćmy miękkiej z równoczesnem wycięciem tęczówki oraz wypłukaniem resztek (extractio linearis cum iridectomia et irrigatione oc. dextri). Wykonano cięcie górą grotem blizko rąbka; szerokie wycięcie tęczówki; cystotomia; wydobycie łyżeczką kory; wypłukanie resztek z następowem wyrwaniem dużego kawałka torebki. Opłukanie, elektrargol, atropina, opaska papierowa. — 11/10. Nieco wydzieliny nieżytowej, dość silne przekrwienie spojówki gałki, rogówka czysta, przednia komora głęboka, źrenica szeroka, szpara dobrzeżna ku górze, w źrenicy i w szparze warstwa kory.

22/10. Chory rozpoznaje ruchy ręki, poczucie światła, projekcya dobra. Przednia komora płytka, źrenica wązka, brzeg jej przyrośnięty do grubej torebki, ku górze szpara dobrzeżna, dolna część szpary i górna źrenicy zasłonięta warstwą kory, kończącą się ostrym łukiem. Górą przy samym rąbku widać przy bocznem oświetleniu firankowato zwieszające się w zakresie całej szpary brązowe ciało rzęskowe. Pomiędzy resztką torebki, w zakresie źrenicy położonej, a odczepionem ciałem rzęskowem rozpięte, gęsto obok siebie położone szare niteczki. Na tylnej powierzchni odczepionego ciała rzęskowego widać zwrócone nieco ku tyłowi ciemno-szarawe wyrostki rzęskowe. Ciśnienie wewnątrzgałkowe dość znacznie obniżone (T—2). Wziernikiem daje się wydobyć odblask czerwony z dna oka. Rozpoznano oderwanie ciała rzęskowego. Leczenie: atropina, opaska uciskowa obuoczna.

3/11. Badanie pola widzenia i poczucia barw lampkami po adaptacyi do ciemności, wykonane sposobem Kleczkowskiego, wykazuje ograniczenie pola widzenia do wązkiego sierpowatego pasa dołem; z barw chory rozpoznaje jedynie barwę białą i czerwoną.

Jak widać z powyższego, mamy do czynienia z oderwaniem ciała rzęskowego po operacyi zaćmy, przyczem widać przy bocznem oświetleniu wyrostki rzęskowe. W znanej mi literaturze oderwania naczyniówki i ciała rzęskowego objaw ten, jak już zaznaczyłem uprzednio, bezpośrednio przy badaniu klinicznem nie był spostrzegany.

Co do etyologii tego przypadku należałoby uwzględnić dwa czynniki: operacyę i uraz, który spowodował pierwotną chorobę. Przeciwko uzależnieniu w tym przypadku oderwania jedynie od operacyi przemawia stosunkowo młody wiek chorego (lat 30). Oderwanie naczyniówki po linijnem wycięciu zaćmy, jak w danym przypadku, dokonywanej wyłącznie u ludzi młodych, jest, jak podaje Fuchs, bardzo rzadkie. Tłomaczy on to, jak wspomniałem, większą sprężystością twardówki u ludzi młodych. Wreszcie już na 5 tygodni przed operacyą zauważono u chorego obniżenie ciśnienia wewnątrzgałkowego (T—$^1/_2$), oraz wzroku (z palców $^1/_2$ m. na poczucie światła). Z drugiej strony uraz mógł spowodować pęknięcie wewnętrznych warstw twardówki, rozpoczynające się, jak podaje Fuchs na podstawie badań anatomopatologicznych, w więzadle grzebieniastem i które mogło do tego miejsca się ograniczyć. Jeżeli przyjmiemy tłomaczenie Fuchsa sposobu powstania oderwania naczyniówki i ciała rzęskowego, gdzie warunkiem zasadniczym jest przerwanie ciągłości więzadła grzebieniastego, to uraz mógł stworzyć warunki, sprzyjające łatwemu powstaniu oderwania ciała rzęskowego, lub nawet mógł wywołać oderwanie nieznacznego stopnia, którego przed operacyą z powodu zaćmienia soczewki nie można było klinicznie stwierdzić; operacya zaś stała się ostatecznym czynnikiem wyzwalającym.

Rozstrzygnąć mogłoby jedynie badanie anatomopatologiczne. Chory pozostawał przez dłuższy czas w naszem leczeniu, ale nie było żadnych objawów, któreby mogły stanowić wskazanie do enukleacyi.

Piśmiennictwo: 1) Fuchs: Graef. Arch. T. 51, 70 i 94. — 2) Meller: Graef. Arch. T. 70. — 3) Kleczkowski: Rocznik lek. III, zeszyt 3, 1917 i Arch. f. Augenh. 1917.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 30. X. 1918 posiedzenie, na którem przedstawiali chorych dr Blassberg, dr Michejda i dr Hladij. Wkładki członków uchwalono od 1 stycznia 1919 podnieść o K. miesięcznie.

Warszawa. Do Głównej Rady oświecenia publicznego wszedł z ramienia Ministerstwa zdrowia Dr. St. Kopczyński.

— Prezes nowego polskiego gabinetu Józef Świeżyński jest lekarzem. Dr. Świeżyński, ur. we Włonicach w Opatowskiem w r. 1868, po ukończeniu gimnazyum w Radomiu studyował medycynę w Warszawie, a po uzyskaniu dyplomu uzupełniał studya w Wiedniu i Hessen. Przez czas pewien wykonywał praktykę lekarską, potem jednak osiadł na roli, a wkrótce został prezesem Towarzystwa rolniczego w Radomiu. Od r. 1904 był wybierany posłem do Dumy w Petersburgu, od roku zeszłego stanął na czele Koła międzypartyjnego i z łona tego stronnictwa wchodzi do gabinetu ministrów.

— U prezydenta ministrów była delegacya Rady lekarskiej w osobach pp.: dr Jarkowskiego, dr Radziwiłowicza i prof. dr Rzętkowskiego. Delegacya przedstawiła prezydentowi ministrów postulat lekarzy, aby z dotychczasowego ministeryum zdrowia publicznego, opieki społecznej i ochrony pracy wyodrębnić wydziały: zdrowia publicznego i opieki społecznej w osobne ministerstwo zdrowia publicznego. Jak mówią, na czele ministerstwa zdrowia stanąłby dr Zbigniew Paderewski.

— Wyszedł z druku II Tom »Pamiętnika klinicznego szpitala Dzieciątka Jezus«, przygotowany do druku przez dra A. Landego, sekretarza posiedzeń klinicznych. »Pamiętnik« ten wychodzi jako wydawnictwo bezterminowe, a obejmuje streszczenia wykładów i dyskusyi na posiedzeniach klinicznych, zorganizowanych od r. 1916 w szpitalu Dzieciątka Jezus. Pierwszy tom »Pamiętnika« (którego nie mieliśmy w ręku) wydało własnym kosztem Koło lekarzy szpitalnych, na wydawnictwo tomu II uzyskano już pozycyę w budżecie szpitalnym. »Pamiętnik« jest pięknem świadectwem żywego ruchu naukowego wśród lekarzy szpitalnych w Warszawie.

Zmarli: Dr Józef Idzikowski w Moskwie w 53 r. ż., dr Bolesław Maciszewski, lekarz powiatowy w Witkowie w 34 r. ż., dr Józef Zaleski, lekarz powiatowy w Łomży w 44 r. ż., dr Franciszek Grajnert w Budsławiu (w wileńskiem), dr Henryk Dymsza, b. poseł ziemi witebskiej, w 59 r. ż. w Ruszanach, dr Władysław Gackowski na polu walki w 36 r. ż., dr Stanisław Przetaczyński w Rostowie, dr Jan Raum, naczelny lekarz szpitala na Pradze, wybitny chirurg, w 64 r. ż. w Warszawie; doc. dr

Jan Pruszyński, b. redaktor »Gazety lekarskiej« w 57 r. ż. i dr Mikołaj Rajchman, jeden z najwybitniejszych internistów polskich w 67 r. ż. w Warszawie.

Redakcya otrzymała: F. Walter: O rozmieszczeniu usystematyzowanych cierpień skórnych. Kraków 1918. — Pamiętnik kliniczny szpitala Dzieciątka Jezus. Tom II. Przygotował do druku A. Lande. Warszawa 1918. — Korczyński: Mitteilungen über Visceralsyphilis. (Dermat. Woch.) 1918.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Monachium (J. F. Lehmann). Wrzesień 1918. (Cena 2 M.), Październik. (Cena 3 M.)

Zeszyt wrześniowy zawiera rozprawy następujące: Koelscha: Szkodliwe wpływy benzolu i jego związków azotowych; Hanauera: Sprawozdanie z innych dziedzin medycyny społecznej; Prof. Boruttau: Mechanizm śmierci z rażenia prądem elektrycznym i możliwość ocucenia; Prof. Sudhoffa: Szkoły lekarskie.

Zeszyt październikowy: Prof. Rolly: O grypie; Prof. Morawitz: O zimnicy; Prof. Schilling: Inne choroby zakaźne; Prof. Lewin: Rozpoznawanie i leczenie nowotworów złośliwych w związku z nauką o odporności.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w październiku 1918.

Gazeta lekarska Nr. 39—43. Jonscher: Badanie refraktometryczne i chemiczne płynów wysiękowych i przesiękowych (39—41). — Zieliński K. (dok. 39). — Szmurło: Rzadki przypadek częściowej martwicy kości skroniowej (40). — Mikulski: Leczenie chorób umysłowych nukleinianem sodu (41). — Karwacki: W sprawie leczenia gorączki powrotnej neosalwarsanem (42). — Skłodowski: Przyczynek do zachowania się czynności nerek w przypadku ostrego zatrucia sublimatem (43).

Medycyna i Kronika lekarska. Nr. 39—40: Rosenhauch: O zmianach refrakcyi w czasie leczenia i po wyleczeniu zranień oka (39). — Lewin: O stosowaniu sztucznej odmy piersiowej sposobem Forlaniniego (40).

Zdrowie Nr. 9. Wykaz prac i artykułów o samorządzie gminnym, o organizacyi sanitarnej i t. d. drukowanych w »Zdrowiu« w latach 1903—1918. — Adamski (dok.) — Nr. 10. Bier: O t. zw. »ersatzach«. Produkta zastępcze w żywieniu.

Kronika dentystyczna. Nr. 10: Rys ogólny sprawy techników dentystycznych. — Cieszyński: Wskazówki praktyczne.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.